

# Tumor en parrilla costal y calota craneal

Eva Garcia Alberdi, Irene González Rodilla

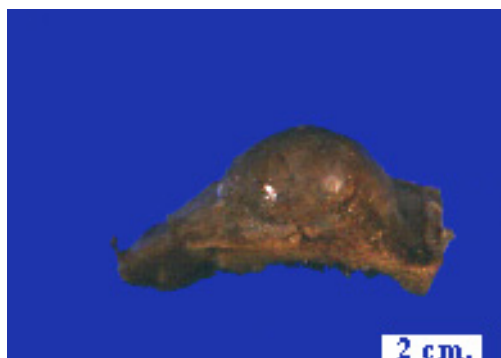


Figura 1. Imagen macroscópica de la calota craneal.

Departamento de Anatomía Patológica  
Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla"  
Santander (Cantabria), España.

**Index Terms**—Metástasis óseas, carcinoma papilar de tiroides, autopsia

## HISTORIA CLÍNICA

**M**UJER 70 años con antecedentes personales de Diabetes Mellitus. Diagnosticada hace unos 17 años de carcinoma infiltrante de mama izquierda multifocal estadio pT2, pN0, pM0. Fue tratada con mastectomía, quimioterapia CMF durante un año y Tamoxifen durante 6 años. Hemitiroidectomía derecha por adenoma folicular de tipo trabecular hace 7 años. Hace 2 años comienza con miodesopsias en ojo derecho secundario a metástasis coroidea y posteriormente se objetivan metástasis pulmonares con progresión ósea. Ingresa desde urgencias por déficit neurológico en ambas extremidades inferiores.

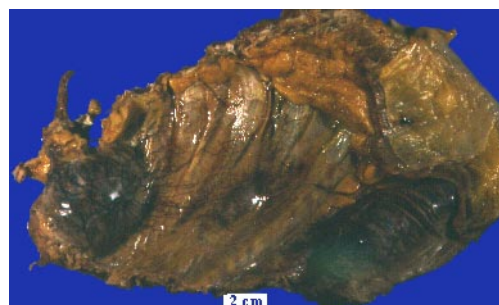


Figura 2. Imagen macroscópica de la parrilla costal.

## DIAGNÓSTICO Y COMENTARIOS

- *Metástasis múltiples por carcinoma folicular de tiroides.*

En la autopsia se observan múltiples metástasis afectando a: calota craneal, pared costal, columna vertebral, ambos pulmones, diafragma, hígado, páncreas, ambos riñones, glándula suprarrenal derecha y el hemitiroides izquierdo. Las células tumorales se disponen formando pequeños folículos y algunos de ellos contienen coloide en su interior y en otras zonas se disponen en un patrón más trabecular. Son células poligonales y uniformes con núcleo oval y con escasa actividad mitótica. Con técnicas de inmunohistoquímica se teñían con la tiroglobulina. No se objetivó recidiva del carcinoma infiltrante de mama diagnosticado 15 años atrás.

El carcinoma folicular del tiroides representa aproximadamente el 5 % de los tumores tiroideos y en zonas con déficit de yodo comprende entre el 25 y el 40 % del total. Entre los factores de riesgo se incluyen: deficiencia de yodo, edad avanzada, sexo femenino y radiación previa. Generalmente los pacientes suelen ser eutiroides. Es un tumor que típicamente metastatiza por vía hemática sobre todo a pulmón y a hueso (generalmente del tipo osteolíticas) pero también a cerebro y a hígado. Su tratamiento es quirúrgico y las metástasis

se tratan con yodo radiactivo aunque las metástasis óseas rara vez curan. El intervalo de tiempo libre de enfermedad después de hemitiroidectomía es muy largo y por esta razón se recomienda la tiroi-  
dectomía total para pacientes que tienen metástasis y cuando el tumor primario no ha sido tratado.

#### REFERENCIAS

- [1] Sternberg's, 4ª ed. vol. 1, págs. 576-578.
- [2] Tumor of the thyroid gland. AFIP. 3 ed, vol. 5, pags. 49-63.